

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ- SETOR LITORAL

CURSO SERVIÇO SOCIAL

MELISSA DE CAMPOS BOTTAN

**ALCOOLISMO NA FAMÍLIA: ANÁLISE DO IMPACTO SOCIAL NAS
FAMÍLIAS ATENDIDAS PELO CAPS NO MUNICÍPIO DE PARANAGUÁ.**

MATINHOS

2014

MELISSA DE CAMPOS BOTTAN

**ALCOOLISMO NA FAMÍLIA: ANÁLISE DO IMPACTO SOCIAL, NAS
FAMÍLIAS ATENDIDAS PELO CAPS NO MUNICÍPIO DE PARANAGUÁ.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do título
em Bacharel em Serviço Social pela
Universidade Federal do Paraná - Setor Litoral.

Orientador: Prof. Neilor Vanderlei Kleinubing

MATINHOS

2014

MELISSA DE CAMPOS BOTTAN

**ALCOOLISMO NA FAMÍLIA: ANÁLISE DO IMPACTO SOCIAL NAS FAMÍLIAS
ATENDIDAS PELO CAPS NO MUNICÍPIO DE PARANAGUÁ.**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do
título de Bacharel no Curso de Serviço Social, do departamento de Serviço Social na
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ- SETOR LITORAL.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Neilor Vanderlei Kleinubing

Professor do Departamento de Saúde Coletiva- UFPR- Setor Litoral

Orientador

Profª Drª Édina Mayer Vergara

Professora do Departamento de Serviço Social-UFPR- Setor Litoral

1ª Examinadora

Karen Cristine Baia Gonçalves

Pedagoga e Assistente Social

2º Examinadora

MATINHOS

2014



O alcoolismo (etilismo) ocorre quando o uso de bebida alcoólica ocasiona prejuízos ao indivíduo, à sociedade ou ambos. Ou seja, quando a pessoa, por ficar alcoolizada, apresenta problemas com a saúde, com os relacionamentos ou com a sociedade.

*Mario Tannhauser, Semíramis Tannhauser, Helena Maria T.Barros e Claudia Ramos
Rhoden, autores de conversando sobre drogas.*

Dedico esta monografia aos meus pais Adércio José Bottan e Izabel de Campos Bottan, ao meu pai por ter tido muita força e coragem em ter se reconhecido como doente do alcoolismo e estar doze anos sem ingerir bebida alcoólica, e a minha querida mãe por ter sido determinante neste tratamento e pelo imenso amor e dedicação em nossas vidas.

AGRADECIMENTOS

Neste momento importante de minha vida, há muitos a quem agradecer...

A Deus e nossa Senhora do Rocio a qual sou devota, por me guiarem nesta caminhada, presente nos momentos difíceis, sendo meu refúgio e fortaleza;

Aos meus queridos pais Adécio e Izabel Bottan pela vida, pelo amor incondicional, carinho e atenção, sobretudo a educação baseada em valores e princípios nobres que me tornaram a pessoa que sou;

Aos meus amados irmãos Everson, Erick e Hellen, obrigada por compartilharem momentos de alegria e superação na minha vida e acima de tudo acreditar que seria possível;

Ao meu marido Arnaldo Junior, amado, companheiro e amigo, sempre me incentivando a não desistir dos meus sonhos, sendo partícipe direto das minhas conquistas e vitórias, te amam! ;

Aos meus queridos filhos Ewerton e Arnaldo Neto, que sempre me apoiaram e me ajudaram numa fase tão que tive que me ausentar para poder estudar, me dando mais entusiasmo para seguir em frente, amos vocês;

Ao meu cunhado e patrão Cleber que sempre me apoiou nos estudos, me liberando do serviço sempre que foi preciso;

A todos os professores e colegas de curso que, de alguma forma, contribuíram com meu aprendizado;

As minhas queridas e amadas amigas Karen e Verônica que sempre estiveram ao meu lado;

A Assistente Social Dayane, sempre dedicada em me orientar no campo de estágio;

Ao Prof. Neilor Vanderlei Kleinubing por ter acreditado em mim e ter sido determinante para que eu pudesse concluir meu trabalho;

A Prof^a. Dr.^a Édina Mayer Vergara, obrigada pelo acompanhamento no decorrer do curso, seu incentivo constante e imenso carinho.

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso tem por objetivo analisar os impactos subjetivos e objetivos da doença do alcoolismo, problematizar e analisar os impactos causados no indivíduo e na família por meio do uso abusivo da bebida alcoólica, buscando demonstrar as principais consequências geradas pelo consumo excessivo do mesmo, que afeta tanto o indivíduo que é portador da doença quanto as pessoas que com ele vivem. Buscando demonstrar acerca da questão do alcoolismo e suas principais consequências em diversas formas em seu contexto social. No tratamento integral de distúrbios proveniente do uso de bebidas alcóolicas, a manutenção da abstinência de consumo é uma etapa muito importante, dos recursos farmacológicos e clínicos, para o atendimento da dependência. Alcançar o *status* de não-consumo de uma substância viciante como as bebidas alcóolicas se torna o primeiro objetivo do tratamento e sua manutenção pode ser comparada à permanência do sujeito com a extremidade de uma balança, onde cada uma destas é posicionada respectivamente na abstinência e recaída. Foi realizada pesquisa bibliográfica, consulta a documentos, bem como várias conversas com os membros da equipe de trabalho do espaço ocupacional pesquisado (CAPS-Centro de Atenção Psicossocial - Paranaguá - PR) e com os usuários através de um questionário semi estruturado. Com esta pesquisa, afirma-se que o alcoolismo é uma doença crônica e muitas vezes progressiva, que inclui problemas para controlar o vício, dependência física, psíquica e emocional.

Palavras-chave: Acoolismo. Família. Impacto Social. CAPS.

ABSTRACT

This course conclusion work aims to analyze the subjective impacts and disease of alcoholism goals, discuss and analyze the impacts on individual and family through the misuse of alcohol and attempts to demonstrate the main outcomes generated by excessive consumption the same, which affects both the individual who has the disease as many people who live with him. Seeking to demonstrate on the issue of alcoholism and its main consequences in various forms in their social context. In the comprehensive treatment of disorders from the use of alcohol, maintaining consumer abstinence is a very important step, the pharmacological and clinical resources for the care of addiction. Achieving non-consumption status of an addictive substance such as alcoholic beverages becomes the first goal of treatment and maintenance can be compared to the permanence of the subject with the end of a scale, where each of these is positioned respectively on abstinence and relapse. A literature review was performed, documents will consultation and several conversations with members of the work team of occupational space researched (CAPS-Center for Psychosocial Care - Paranaguá - PR) and with users through a semi structured questionnaire. With this research, it is stated that alcoholism is a chronic and often progressive disease that includes problems controlling addiction, physical dependence, mental and emotional.

Keywords: Alcoholism. Family. Social impact. CAPS.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AA- Alcoólicos Anônimos

APAC – Autorização de Procedimentos de Auto custo

BPC- Benefício de Prestação Continuada

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CEBRID- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CID- Classificação Internacional de Doença

CMD – Centro Municipal de Diagnóstico

COM- Centro Psiquiátrico Metropolitano

CRAS- Centro de Referência de Assistência Social

CREAS- Centro de Referência Especializado de Assistência Social

ESF- Equipe de saúde Familiar

FAEC- Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

FUMCUL- Fundação Municipal de Cultura

INSS- Instituto Nacional do Seguro Social

NOAS- Núcleo de Desenvolvimento de Objetos de Aprendizagem Significativa

SUS- Sistema Único de Saúde

SAF- Síndrome Alcoólica Fetal

UBS- Estratégia da Saúde da Família

UMU- Unidade Municipal de Urgência

PROVOPAR- Programa do Voluntariado Paranaense

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 ALCOOLISMO	12
2 O CONFLITO EM SE RECONHECER COMO ALCOOLISTA	14
3 A RELAÇÃO ENTRE O DOENTE E A FAMÍLIA.....	15
3.1 A FAMÍLIA E O SERVIÇO SOCIAL.....	21
4 A DOENÇA COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	27
5 METODOLOGIA	28
6 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E TRAJETÓRIA.....	30
6.1 FLUXOGRAMA	36
6.2 O SERVIÇO SOCIAL NO CAPS	39
7 CONCLUSÃO	40
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
APÊNDICE.....	44
ANEXO	46

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por objetivo problematizar e analisar os impactos causados no indivíduo e na família por meio do uso abusivo da bebida alcoólica, buscando demonstrar as principais consequências geradas pelo consumo excessivo do mesmo, que afeta tanto o indivíduo que é portador da doença quanto as pessoas que com ele vivem.

Portanto o alcoolismo está inserido em um contexto de problemas que o caracterizam em ordem de saúde pública. Constata-se a importância de se refletir sobre o alcoolismo, pois além de ser um problema de saúde física e psíquica é também uma doença social.

Há um interesse crescente em definir com precisão as características desse conceito, o seu papel no vício e a possibilidade de modificá-lo, que estaria no possível efeito terapêutico.

A importância atribuída ao desejo do consumo é definida por alguns autores como o mais importante fator de abandono, e é a causa da recaída após longos períodos de abstinência, especialmente quando reaparece durante e após o tratamento (VELA, ABADÍAS, VIDAL, & CARVALHO, 2004).

As doenças relativas ao alcoolismo podem ser consideradas de etiologia multifatorial, ou seja, um combinando de vários componentes: genético, bem como orgânico, psicológico e ambiental. Dentre estes, a presença da abstinência desempenha um papel importante nos fenômenos de recaída e na manutenção de uma condição de abuso e/ou dependência.

A terapia cognitiva e os serviços sociais podem ser utilizados por profissionais como o terapeuta para que sejam desenvolvidas técnicas mais adequadas e com maior eficácia no tratamento de dependentes do álcool.

Quando alguém cessa o uso de substâncias viciantes, como o álcool inicia e, até que os estágios estejam controláveis, faz-se necessário ajudar o paciente para que não tenha recaído.

A pessoa dependente de bebida alcoólica não prejudica somente a si mesmo como envolve o meio do qual vive sendo a mais prejudicada a família.

Neste sentido, a função do serviço social é prestar assistência ao usuário e acompanhamento a estas famílias que sofrem com tal realidade preocupante.

1 ALCOOLISMO

Historicamente o consumo da bebida alcoólica é bastante antiga em nossa sociedade. Como coloca Peña-Alfaro “o uso do álcool tornou-se um elemento da nossa cultura e está presente em muitos momentos de nossa vida social, cultural e religiosa”. (1993, p. 26). O fato é que culturalmente o alcoolismo está fortemente ligado a humanidade por milhares de séculos e traz consigo cada vez agravantes a vida do sujeito enquanto doente do alcoolismo em todos seus aspectos sócios culturais.

Este problema nos parece não ser apenas um caso particular de doença que alguém infelizmente apresenta. Acreditamos sim que se trata mais de uma “doença da humanidade”, um mal da nossa cultura humana, que tem profundas raízes no psiquismo, pois este é um fenômeno que tem pelo menos dez mil anos de existência comprovada, e que em todos os tempos e lugares existiu, existe e tudo indica que persistirá.” (PENÃ-ALFARO, 1993, p. 10).

Ao analisar a questão do consumo de bebida alcoólica em “Alcoologia o alcoolismo na perspectiva da saúde pública”. José mauro Braz de Lima, faz uma menção. “Enfim, que pese toda representação cultural, na qual o beber faz parte dos hábitos da nossa civilização, o mercado (e sua globalização) de bebidas alcoólicas não deve ter como único e predominante viés a busca pura e simples do aumento do consumo sem considerar as conseqüências e prejuízos inerentes ao abuso e à dependência do álcool.” (2008, p.17). Portanto, o alcoolismo como doença faz parte da nossa história pertencente a uma coletividade, demonstrando assim um dos seus maiores agravantes a subjetividade de seu malefício.

O álcool tem uma permissividade e uma disponibilidade de droga lícita aceita pela sociedade então o bebedor tem o conceito de não estar fazendo nada de errado, não estamos bem informados que o álcool é um produto tóxico, que é uma substância psicotrópica como o crack, cocaína e a maconha, muito mais que agir no corpo, ele age no cérebro no sistema nervoso central onde pode vir a causar a dependência. Há várias circunstâncias que pode desencadear a dependência, ou seja, um combinado de fatores que podem ser genético, orgânico, psicológico ou cultural.

É nesse contexto de subjetividade que a questão do alcoolismo vem ganhando espaço ao longo dos anos, até os dias atuais, não definindo com clareza seus malefícios e agravos sociais multi determinantes ao comportamento de beber.

Os meios para o tratamento do alcoolismo possuem bons resultados, principalmente incluindo terapias e a aderência aos grupos de Alcoólicos Anônimos.

Os AA podem ser descritos como um método para recuperação do alcoolismo, no qual os membros ajudam-se mutuamente, compartilhando entre si uma enorme gama de experiências semelhantes em sofrimento e recuperação do alcoolismo.

Muitos pacientes não melhoram totalmente senão após várias tentativas (muitas fracassadas) de tratamento ao longo de muito tempo. Desta forma BAU (2002, p.14) menciona que:

A explicação para este paradoxo está justamente na variabilidade genética e ambiental que compõe a heterogeneidade clínica do problema. Um tipo de tratamento válido para um paciente pode ser inútil para outro. Portanto, a busca por estratégias mais eficazes pode se valer da aplicação do conhecimento sobre esta variabilidade.

A desintoxicação do álcool é uma das mais difíceis, em virtude dos sintomas da abstinência, que inclui sudorese, hipertensão arterial, taquicardia, tremores, convulsões, podendo, até mesmo, ocorrer um quadro de delírios e alucinações.

Contudo, foi constatado que o *álcool* durante a fase de consumo é mais intenso. Além disso, foi encontrada uma correlação significativa, positiva e de intensidade média e a gravidade da dependência do álcool (ARAUJO, OLIVEIRA, PICCOLOTO, & SZUPSYNSKI, 2004).

Isto significa que quando alguém está no início da abstinência, maior será a vontade de voltar a consumir álcool, fator este que prediz inúmeras recaídas. Se a fissura é mais intensa durante a fase do uso, o que deve ser feito em primeiro plano é que o paciente, ao iniciar o tratamento, primeiramente tenha uma plena desintoxicação, podendo esta acontecer entre sete até vinte dias após cessar o consumo do álcool (CORDIOLI, 2004).

2 O CONFLITO EM SE RECONHECER COMO ALCOOLISTA

Identificar o alcoolismo é difícil para o indivíduo afligido por causa do estigma social associado à doença, o que faz com que as pessoas com alcoolismo evitem o diagnóstico e o tratamento, por medo da vergonha ou consequências sociais.

As respostas de avaliação a um grupo de questionamento padronizado é um método comum para o diagnóstico de alcoolismo. Estes podem ser utilizados para identificar padrões de consumo nocivos, incluindo o alcoolismo. Em geral, os problemas com a bebida é considerado alcoolismo quando a pessoa continua a beber apesar passar por problemas sociais e de saúde causados pelo consumo.

Tratamento do alcoolismo tem várias etapas. Por causa dos problemas de saúde que podem ser causados pela abstinência, desintoxicação do álcool é cuidadosamente controlada e pode envolver medicamentos como os benzodiazepínicos, como o diazepam (Valium).

Pessoas com alcoolismo também às vezes tem outros vícios, incluindo dependência de benzodiazepínicos, que podem complicar este passo.

Após a desintoxicação, outro apoio, tais como terapia de grupo ou grupos de auto ajuda é usada para ajudar as pessoas a permanecerem sóbrias.

Cientistas comportamentais explicam que os dependentes do alcoolismo têm um padrão de comportamento que pode levar a consequências destrutivas para si mesmas, suas famílias e da sociedade. Em comparação com os homens, as mulheres são mais sensíveis aos efeitos cerebrais e mentais do álcool nocivos físicos.

3 A RELAÇÃO ENTRE O DOENTE E A FAMÍLIA

Os alcoolistas podem ser de qualquer idade, origem, nível de renda, social, ou grupo étnico. Muitas vezes vários estudos mostraram que pessoas que não têm motivação são menos propensos a se tornar dependentes de álcool do que os indivíduos altamente motivados.

O alcoolismo também é conhecido como uma doença familiar. Os alcoolistas podem ser adolescentes, adultos, crianças, esposas ou maridos, irmãos ou irmãs, os pais ou outros parentes.

Um alcoolista pode interromper totalmente sua vida ou a vida de um familiar e causar efeitos que pode durar uma vida. O alcoolismo é responsável por mais problemas familiares do que qualquer outra causa. Segundo Silverstein (1990), uma de cada quatro famílias tem problemas com álcool.

Cada membro da família pode ser afetado pelo álcool de forma diferente. Alcoolismo parental pode afetar o feto, mesmo antes de a criança nascer.

Em mulheres grávidas, o álcool é levado a todos os órgãos e tecidos do matriz, incluindo a placenta, onde atravessa facilmente através da membrana que separa os sistemas de sangue materno e fetal.

Quando uma mulher grávida bebe uma bebida alcoólica, a concentração de álcool no sangue do seu bebê é do mesmo nível que o seu próprio. Uma mulher grávida que consome álcool durante a gravidez pode dar à luz a um bebê com Síndrome Alcoólica Fetal (SAF).

Síndrome Alcoólica Fetal é uma das três principais causas conhecidas de defeitos de nascimento. De acordo com o Conselho Nacional de Alcoolismo e Toxicodependência, cerca de 5 mil bebês nascem a cada ano com danos graves causados pela SAF, mais 35 mil bebês nascem com formas mais leves da SAF (BERGER, p.37).

Em geral, o mais grave problema de alcoolismo da mãe durante a gravidez, mais graves os sintomas da SAF em lactentes. Os bebês que nascem com SAF são mais curtos e de baixo peso em comparação com os bebês normais. Eles têm deformidades do cérebro e do crânio, e características faciais muito característicos, tais como pequenas aberturas oculares; lábios finos superiores; faces planas de comprimento, e um longo sulco no meio dos lábios superiores.

Sistema nervoso central dessas crianças também está danificado. Como resultado, as crianças com Síndrome Alcoólica Fetal têm dificuldades no aprendizado, atenção, julgamento, memória, resolução de problemas, e muitas vezes problemas de comportamento. Crianças com SAF também pode ter problemas com habilidades sociais.

Sua frustração facilmente se transforma em raiva à medida que envelhecem. Estas crianças são hiperativas - incapaz de se sentar ou ficar parado por um longo tempo. Elas são muitas vezes impulsivas e têm a fala e audição prejudicada. Síndrome Alcoólica Fetal e seus efeitos são permanentes, muitas vezes levando a problemas sociais e saúde ao longo da vida com retardo mental.

Alcoolismo dos pais também tem graves efeitos sobre as crianças normais, mas filhos de alcoolistas. Muitas dessas crianças têm sintomas comuns, tais como baixa autoestima, solidão, culpa sentimentos de desamparo, medo de abandono e depressão crônica (BERGER, 1993).

Filhos de alcoolistas podem sentir-se responsáveis pelos problemas do álcool e podem pensar que criou o problema, muitas vezes passam por altos níveis de tensão e stress. Jovens filhos de alcoolistas podem ter pesadelos frequentes, urinar na cama, e chorar.

Eles também podem apresentar dificuldades de relacionamento e podem ter dificuldade de ir à escola. As crianças mais velhas podem apresentar sintomas depressivos, como o perfeccionismo obsessivo, acumulação, permanecer por só, ou ser excessivamente autoconsciente.

Estudos têm mostrado que filhos de alcoolistas sentem que são diferentes de outras pessoas, eles desenvolvem uma baixa autoimagem, em que se assemelham a seus pais alcoólicos (SILVERSTEIN, 1990, p.75). Além disso, filhos adolescentes de alcoólatras podem desenvolver fobias.

A mais frequente são problemas na escola. O ambiente estressante em casa impede de estudar. Seu desempenho escolar também pode ser afetado pela incapacidade de se expressar. Muitas vezes os filhos de alcoolistas têm dificuldades em estabelecer relações com professores e colegas. Tende mais frequentemente ter de repetir o ano letivo e mais frequentemente abandonam a escola.

A pesquisa mostra que apenas 20 por cento dos jovens de famílias alcoólicas foram para a faculdade. Alguns filhos de alcoólicos têm esses problemas de comportamento como mentir, roubar, lutar, evasão escolar.

Estas crianças vivem em ambientes domésticos extremamente instáveis. Eles nunca sabem o que esperar de um alcoolista. Porque são incapazes de prever o humor de seu familiar, eles não sabem como se comportar. Assim como os cônjuges não alcoolistas, filhos de alcoolistas pensam que podem impedir seu familiar alcoolista a ingerir a bebida escondendo licor, ou por agradar ao pai com boas notas na escola.

Podem andar na ponta dos pés em torno da casa, enquanto o alcoolista dorme, na esperança de não acordar a pessoa embriagada até passar tempo suficiente para o pai alcoólatra ser "sóbrio".

Filhos de alcoolistas se sentem culpado por seu fracasso em salvar seus pais a partir dos efeitos do álcool. O crime e a violência estão associados com alcoolismo, incesto e espancamento são comuns em famílias de alcoolistas.

De acordo com Berger, quase 30 % dos pais - casos de incesto com os filhos e 75 % dos casos de violência doméstica envolve um membro da família que é alcoolista. Incesto e vítimas de golpe muitas vezes culpam a si mesmos pelo que aconteceu.

Muitos deles têm problemas de depressão, agressão ou o comportamento impulsivo. Alguns estudos têm demonstrado que ter problemas com abuso de diferentes substâncias psicoativas, e dificuldade em estabelecer relacionamentos saudáveis com os outros.

Eles são frequentemente fracassados como os próprios pais, muitas vezes, fazer escolhas de carreira pobres, e quase todos os ter uma autoimagem negativa (BERGER, 1993, p.67).

Os filhos adultos de alcoolistas têm frequentemente sentimentos de inutilidade e fracasso. Eles também podem ter problemas com a responsabilidade da família porque seu familiar alcoolista foi irresponsável e não fornecê-los com as necessidades básicas das crianças.

Muitos têm problemas com a intimidade, porque sua experiência anterior lhes ensinou a não confiar em outras pessoas. Eles também podem pensar que se vai amar alguém, essa pessoa vai prejudicá-los no futuro, da mesma forma como seu pai alcoólico fez.

Infelizmente, a pesquisa mostrou que os filhos muitas vezes encontram-se intimamente envolvido com alguém que é um alcoólatra, ou de alguma forma abusiva (WEKESSER, 1994, p.143).

Os fatores genéticos desempenham um papel importante no desenvolvimento do alcoolismo. Outro fator é a incapacidade de lidar com o estresse de uma maneira saudável.

Além disso, eles têm taxas mais altas de tais distúrbios psicológicos ou mentais como a ansiedade, depressão e introversão "(Berger, p.69). Berger também afirma que as filhas adultas de alcoólatras tendem a ter mais problemas reprodutivos e de ver os seus ginecologistas e obstetras com mais frequência. Além disso, eles têm taxas mais altas de um transtorno alimentar - a bulimia.

O alcoolismo também tem efeitos negativos sobre o cônjuge de um alcoólatra. O cônjuge pode ter sentimentos de ódio, auto piedade, evitar contatos sociais, pode sofrer exaustão e tornar-se fisicamente ou mentalmente doente (BERGER, 1993).

Muitas vezes, o cônjuge tem de desempenhar os papéis de ambos os pais. Responsabilidades familiares passam de dois pais para um dos pais.

Como resultado, o pai não alcoolista pode ser inconsistentes, exigente e muitas vezes deixam a família passar por dificuldades financeiras que é outro problema que as famílias de alcoolistas têm de lidar. A família pode ter que desistir de certos privilégios por causa da grande quantidade de dinheiro gasto em álcool e também é possível o desemprego.

A pesquisa, "A exposição ao Alcoolismo na Família", realizado em 1988 sugere que o alcoolismo é um fator importante de viuvez prematura (BERGER, 1993, p.13). O alcoolismo também é um dos principais motivos para o divórcio.

Hoje, os especialistas que estudam famílias alcoólicas sabem que problemas familiares e conjugais, muitas vezes começam por causa do alcoolismo, mas também que cônjuges e filhos podem contribuir para o hábito do beber e torná-lo pior.

Algumas das famílias permitem beber mais para continuar ao invés de lidar com problemas familiares graves, e manter o hábito ao invés de manter a família unida.

A negação é um problema essencial para alcoolistas e familiares. Os membros da família usam a negação de racionalizar a dependência de álcool do bebedor.

No início, a negação é compreensível, pois cada família ama e quer proteger seus membros, mas chega um momento em que a negação afeta negativamente os

membros da família. Quando os membros da família negam o óbvio e se recusam a procurar ajuda, o seu comportamento pode desencadear vários problemas emocionais nas crianças da família.

Os membros de famílias de alcoólicos, muitas vezes tornam-se co-dependente. "Co-dependência é um vício inconsciente de um comportamento anormal de outra pessoa" (WEKESSER, 1994, p.168).

A maioria dos alcoolistas passa por períodos em que param de beber por um tempo curto e aparente, levando a pessoa co-dependente a acreditar que o problema pode ser resolvido.

Famíliares co-dependentes do álcool fazem todo o possível para esconder o problema, preservar o prestígio da família e projetar a imagem de uma "família perfeita".

O cônjuge e filhos podem evitar fazer amigos e trazer outras pessoas para casa, a fim de esconder os problemas causados pelo alcoolismo.

Membros co-dependentes muitas vezes esquecem as suas próprias necessidades e desejos. Eles dedicam suas vidas para tentar controlar ou curar o bebedor.

Inconscientemente, os membros da família muitas vezes se tornam co-dependentes "facilitadores". Um facilitador é "uma pessoa que, sem saber, ajuda o alcoólico em negar o problema com a bebida existe e ajudar o alcoólatra para sair dos problemas causados pelo seu consumo" (SILVERSTEIN, 1990, p.65).

O facilitador irá limpar o vômito alcoolista e arranjar desculpas para seu chefe, professor ou amigos. O facilitador está para o álcool e, assim, permite que o alcoolista continue a beber.

Embora os programas de tratamento do alcoolismo, como Alcoólicos Anônimos - AA entre outros ajudam as pessoas com dependência de álcool para parar de beber e melhorar seus estilos de vida, família e terapia conjugal e vários grupos de auto-ajuda, ajudam as famílias alcoólicas para melhorar o seu próprio bem-estar.

Famílias de alcoólatras precisam de tratamento tanto quanto os alcoolistas para ajudar com as tensões criadas na casa do alcoolista. Conselheiros escolares podem fornecer informações e apoio aos adolescentes que têm problemas familiares por causa do alcoolismo.

Terapeutas em hospitais e centros de saúde mental podem fornecer informações e serviços para os problemas relacionados com o álcool.

O principal objetivo dessas organizações como do AA ou CAPS entre outros é ajudar os membros da família entender que eles não são responsáveis por problemas de consumo de um alcoólico e que a recuperação dos membros da família não depende da recuperação do alcoólatra.

O álcool afeta cada membro da família, seu alcance afeta e não só resulta em problemas físicos para os alcoolistas, mas também pode resultar em problemas psicológicos para outros membros da família.

O tratamento é frequentemente complicado e nem sempre completamente bem sucedido. Mesmo que o álcool, finalmente, restabeleça a saúde mental ou física dos membros da família que foram tão fortemente afetadas o tratamento tem que ser constante.

- O conciliador

O conciliador é de responsabilidade emocional para todos os membros da família. Este é o quente, carinhoso, criança que está emocionalmente fechada para os seus próprios sentimentos, porque eles estão interessados em todos os outros.

- O Ajustador

O regulador é a criança que encolhe os ombros e diz que eles não são incomodados. Eles não chamam a atenção para si mesma e são flexíveis, mas emocionalmente abalados.

- O Bode Expiatório

O bode expiatório é a criança que age e não tem nenhum problema em dizer a todos que algo está errado. Estas crianças são realmente mais perto de ver a verdade da situação, no entanto, questionam a autoridade, pode ser extremamente irritado, e têm mais dificuldade de interagir em na sociedade.

As maiorias das crianças, jovens, adultos e velhos, identificam-se com mais de uma dessas funções (Black, 1990, p. 13-17). Um fator muito importante a lembrar de é que o alcoolismo pode ser hereditário. Filhos de alcoólatras são quatro vezes mais propensos a desenvolver uma dependência com álcool ou drogas do que

qualquer outro grupo de pessoas (NACoA, 2005). Filhos de alcoolistas também podem ter problemas com depressão, relações parentais, e a incapacidade de realmente experimentar suas próprias realizações em uma luz positiva (BLACK, 1990, p. 13-17).

- Parceiros / cônjuges de Alcoólicos

Os casais e parceiros também assumem papéis involuntários quando se vive com um alcoolista. Numerosos não alcoólicos entram em negação sobre o vício de seu parceiro, ou ficam com medo de enfrentar o alcoolista no medo ou perdê-los. O parceiro pode então desenvolver uma alta tolerância para os alcoolistas o parceiro pode começar a se sentir deprimido, confuso ou até mesmo culpado.

Quando ambos os parceiros são alcoolistas muitas vezes eles estão em negação de seu problema e nem acreditam que eles são dependentes do álcool. Um parceiro não alcoólico pode desenvolver algo conhecido como co-dependência, o que significa que eles têm uma atitude agradável as pessoas, a necessidade de aprovação, a incapacidade de expressar a raiva corretamente, e estão com medo de abandono (STRAUSSNER, 2004, p 268-270.).

Adultos e crianças muitas vezes não se veem em muitos desses papéis discutidos, o que é por isso que é extremamente importante que as famílias sejam uma parte do processo de recuperação de alcoolistas.

3.1 A FAMÍLIA E O SERVIÇO SOCIAL

A construção do espaço familiar e do grupo de convivência social e cultural, convive com os valores e norma estabelecida pelo amplo entorno sócio cultural grupal. A psicologia demonstra a importância das relações afetivas para a obtenção de saúde mental e as ciências sócias indicam que a presença de adultos confiáveis e o exercício da autoridade são indispensáveis para assegurar o convívio democrático entre homens e mulheres na sociedade.

A família constitui-se no espaço para a garantia de sobrevivência, do desenvolvimento e proteção integral dos filhos e demais membros, independente do arranjo ou da forma como vem se estruturando. Garantias citadas no artigo 4º da lei

Federal de 1988.

É no convívio da família que tais valores são absorvidos e os laços de afeto e solidariedade são aprofundados, porém as famílias que convivem com o drama do alcoolismo, convivem diariamente com o medo, a opressão, a culpa e a raiva. Estes tipos de sentimentos vivenciados com frequência são nocivos ao desenvolvimento psicossocial de crianças e adolescentes, para Bellini (2002): “A violência nas relações familiares configura-se como uma das formas de relação de poder, mantendo-se com a participação de todos os membros, ora nas mãos de uns, ora de outros” (p. 33).

A família pode ser considerada um suporte necessário para moldar dentro dos princípios éticos e morais assim, Martins (2007) salienta:

O impacto da doença do alcoolismo não incide somente no contexto social mais amplo e na saúde do dependente, uma vez que, a dependência do álcool interfere também na relação familiar, pois os componentes da família vivenciam diariamente a realidade do familiar que enfrenta a dependência do álcool. É importante, portanto, ter clareza de como esse fenômeno se manifesta na relação familiar (2007, p. 25).

Segundo Pinski *et al* (2004), família é um sistema, um conjunto de elementos que interagem entre si e possuem características comuns, ligados por interações específicas cujos atributos podem ser expressos com relação aos papéis ou funções que desempenham. Não se refere necessariamente a família nuclear, ou a família cujos membros vivem juntos, mas aquela composta por indivíduos que interagem intensamente.

Todo sistema familiar tem por objetivo evoluir segundo o próprio ciclo vital. Nascimento, casamento, aposentadoria, falecimento, seguindo um processo de renovação. Qualquer alteração dessa ordem pode provocar uma crise e pôr em risco o equilíbrio do sistema. Por isso, a família tende naturalmente a manter a coerência, a segurança e estabilidade em seu interior. O que pode não ser encontrado como referência numa família onde se encontra um alcoolista (PINSKI, 2004).

O alcoolismo é uma doença que mais destrói vidas, pois não só o alcoolista é lesado em sua dignidade humana e sim todos em sua volta principalmente as crianças e adolescentes que tem suas vidas marcadas de forma dolorosa, traumática e prejudicial a um desenvolvimento saudável, perpetuando-se assim um

círculo vicioso de violências, destruição e mortes. Portanto conforme Araújo (2007, p 18) “o alcoolismo é reflexo de uma perturbação social profunda com conseqüências pessoais e sociais mais amplas”.

O Assistente social deve preocupar-se com a mudança de mentalidade do povo e das cúpulas, procurando melhor formação do cidadão e maior aproximação entre população e governo.

O Assistente Social não é um profissional “neutro”. Sua prática se realiza no marco das relações de poder e de forças sociais da sociedade capitalista – relações essas que são contraditórias. Assim, é fundamental que o profissional tenha um posicionamento ético- político frente às questões que aparecem na realidade social, para que possa ter clareza de qual é a direção social da sua prática técnico-operativo. Isso implica em assumir um valor ético-moral que sustentam a sua prática.

O homem evolui na mesma proporção da evolução do mundo, mas ao interferir neste mesmo mundo, proporciona uma mudança inesperada nesta relação “homem e natureza”. Ao conhecer a natureza, o homem a controla, mas a questão é semelhante ao conhecimento científico.

A intervenção do assistente social deve se enquadrar na boa capacidade de análise das situações teórica- metodológica. Ter espírito de iniciativa, capacidade para dialogar com todo o tipo de pessoas e gosto pelo trabalho em equipe são os primeiros passos a ser seguidos mediante o problema da família entrevistada. A atitude inicial é fornecer informações aos indivíduos, incentivando a sua compreensão para o funcionamento do convívio em família e orientando os sobre a melhor forma de utilizarem os recursos pertinentes a cada individuo da família.

Para o serviço social situações, indicam a necessidade de construção de políticas públicas que encarem a família como eixo básico de atuação, na medida em que é em seu interior que os indivíduos se formam e onde se reproduzem suas condições de existência.

De acordo com Oliveira (1995, p.9),

Por um ângulo que não é incorreto, mas insuficiente, grupos sociais vulneráveis poderiam ser definidos como aqueles conjuntos ou subconjuntos da população brasileira situados na linha de pobreza, definida em muitos dos trabalhos correntes na literatura brasileira e na internacional.

A dinâmica familiar naturalmente marcada pela ocorrência de entradas e saídas de integrantes registra, no caso das famílias em situações de pobreza, movimentos ainda mais traumáticos, determinados pelas condições socioeconômicas e pela luta pela sobrevivência, migrações em busca de novas oportunidades, institucionalização de crianças, adolescentes, adultos e idosos, afastamento dos responsáveis por longos períodos em função da ocupação exercida, como o trabalho doméstico, por exemplo, entre inúmeras outras situações.

O profissional deve preocupar-se com a mudança de mentalidade da população e das cúpulas, procurando melhor formação do cidadão e maior aproximação entre população e governo. Além de ter como princípios do serviço social técnicas que exige habilidades e adequação as situações, o que precisa ser mais desenvolvido no Serviço Social. A incidência de o seu agir centra-se na família, como base da reprodução material e ideológica da força de trabalho permeada pelas representações da classe social em que se inserem uma visão de mundo e consequentemente, marcam profundamente a identidade da profissão, produzindo na ação do assistente social.

Quanto às atribuições do assistente social enquanto prática profissional deve coordenar elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas e projetos na área de Serviço Social; prestar informações e elaborar pareceres na área de atuação do Serviço Social; planejar, coordenar, executar atividades sócio-educativas; estabelecer parcerias e contatos institucionais; atuar como facilitadora de processos de formação de lideranças e organização comunitária; planejar, coordenar e realizar reuniões e palestras na área de atuação do Serviço Social; elaborar relatórios técnicos e analíticos; treinar, avaliar, supervisionar e orientar estagiários de Serviço Social (OLIVEIRA, 1995).

Os instrumentos técnico-operativos utilizados pelo assistente social do Programa Acesso à Cidadania são: folha de produção diária, conversas informais, documentação, reunião, observação, entrevistas, fichas de cadastro, encaminhamentos, registros, acompanhamento social, relatórios e visitas domiciliares.

O Serviço Social é uma profissão surgida dessa contradição gestada da necessidade em mediar esses conflitos. Essa profissão vai aos poucos deixando de realizar ações caridosas e bondosas, e passa a realizar atividades organizadas e

sistematizadas, a fim de intervir nos problemas sociais, ou seja, a profissão atribuiu uma base técnica e científica a atividades caridosas. (GUERRA, 2000).

Mas é necessário que compreender que o Serviço Social não evoluiu como profissão por si só, foram necessários fatores externos para suscitar essa mudança. Um dos condicionantes primordiais para que a profissão se firmasse, e se tornasse uma prática profissional, foi a ampliação do Estado na regulação das relações sociais e também sua intervenção na sociedade. (CARVALHO, 1983).

Dessa forma, o Estado passa de Estado mínimo (liberal) para Estado interventor que busca estabilidade social, e a profissão de Serviço Social vem colaborar com Estado, gerindo o conflito de classes ou a relação capital – trabalho.

Para produzir e reproduzir os meios de vida, os homens se relacionam, cria formas de estabelecer relações sociais e pela construção desse vínculo constroem os meios necessários para difundir ideias, espalhando que é muito importante e necessário o acúmulo de objetos materiais. Essas ideias absorvidas pela população, o que possibilita o aumento do consumo e conseqüentemente, o aumento da produção e do lucro. A produção é realizada pela compra, do trabalho humano. (GUERRA, 2000).

O Serviço Social no Brasil afirma-se como profissão, estritamente integrado ao setor público em especial, face à progressiva ampliação do controle no âmbito da ação do Estado junto à sociedade civil. Vincula-se, também, a organizações patronais privadas, de caráter empresarial, dedicadas às atividades produtivas propriamente ditas à prestação de serviços sociais à população. A profissão se consolida, então, como parte integrante do aparato estatal e de empresas privadas, e o profissional, como um assalariado a serviço das mesmas (IAMAMOTO; CARVALHO, 1983, p. 56)

Nessa perspectiva, o enraizamento da profissão na sociedade está intrinsecamente ligado ao desenvolvimento do sistema capitalista, ao engendramento das relações sociais de exploração, do avanço das relações e dos processos de trabalho assalariado, bem como a ampliação das funções do Estado e implementação de políticas sociais.

Na Constituição, o artigo 203 dispõe sobre os objetivos da Assistência Social e estes reaparecem no artigo 2º da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei regulamentadora), devendo ser atividade voltada para a promoção dos direitos sociais, pois o que lhe dá sentido é a efetivação do estado democrático de direito, possibilitando a inclusão social e a emancipação daqueles cidadãos que não teriam

outra forma de ter seus direitos sociais assegurados como, por exemplo, os referidos no artigo 6º da Constituição: educação, saúde, moradia, lazer, entre outros deles decorrentes (AZEVEDO, 1991.).

A Questão Social no Brasil tem suas determinações no modelo econômico, social e político adotado. A crise social, ainda que submergida na forma escravista, seja antes da sociedade salarial, que caracterizou o Brasil nas eras colonial e imperial, evoluiu no país desde os movimentos de adensamento populacional que definiram o caráter da colonização, e por recorrentes oportunidades confundiram-se com as crises instauradas no Estado nacional Brasileiro como afirma Ianni (1991).

O Serviço Social, segundo Azevedo (1991) coloca-se como ferramenta essencial para atender as mais significativas necessidades das pessoas com alguma dependência de álcool e química, prestando assistência social, bem como encaminhamentos para os atendimentos médicos, odontológico, psicológicos, e/ou psiquiátricos, educacionais, laborais e profissionalizantes como previstos por lei e aos direitos inerentes do ser humano.

4 A DOENÇA COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

O governo brasileiro estabeleceu uma primeira prestação da segurança social em 1911.

Durante a década de 1930, Getúlio Vargas programou um sistema de bem-estar que foi avançado para o seu tempo, proporcionar aos trabalhadores o salário mínimo, seguro-desemprego e benefícios de aposentadoria.

Durante a década de 1960 uma série de benefícios que cobrem assistência médica, auxílio doença, acidentes de trabalho e pensões foram reunidos no âmbito do Instituto Nacional de Provisão Social (INPS), que foi financiado por contribuições dos trabalhadores e empregadores.

Em 1988, os autores da nova Constituição procuraram dar igualdade de acesso ao bem-estar, saúde e assistência social.

Um terço de todos os hospitais está no Sudeste, e há mais do que o dobro de pessoas por médico no estado empobrecido Nordeste do Piauí, como existem em São Paulo.

Apesar destas dificuldades, a esperança de vida ao nascer passou de 57 anos em 1960, para uma média de 64 anos, 59 anos para os homens e 67,9 anos para as mulheres em 2002.

5 METODOLOGIA

A metodologia de pesquisa é de extrema importância para o desenvolvimento de trabalhos de nível acadêmico, pois a mesma auxilia o pesquisador tanto no direcionamento quanto na efetiva elaboração do trabalho.

De acordo com França e Vasconcelos (2007) a realização de um estudo acerca de um tema específico ou mesmo particular, para que tenha valor representativo, deve seguir a uma rigorosa metodologia, a qual deve ser baseada na investigação em profundidade, considerando-se todos os ângulos e aspectos. Tal atitude fornece grande contribuição original e pessoal para a ciência.

Para as autoras, o sucesso de um trabalho acadêmico de caráter científico, é imprescindível que o pesquisador tenha interesse pelo tema a ser trabalhado, além de conhecimento prévio do assunto que deve ser escolhido de acordo com a sua formação acadêmica.

Enfatiza-se que quando o trabalho é pautado nas orientações metodológicas, o mesmo torna-se original e útil, atuando não só como um procedimento para resolução de um problema, mas, principalmente, como uma fonte de pesquisa e conhecimento.

Em se tratando da pesquisa, pode-se dizer que essa consiste em um trabalho não totalmente controlável ou previsível, e por esse motivo, a adoção de uma metodologia corresponde à escolha de um caminho e de um percurso global. O qual, muitas vezes, requer rever a cada etapa. E é por esse motivo que o pesquisador precisa, além de regras, de muita criatividade e imaginação.

Para tanto, houve necessidade de busca dos conteúdos informacionais condizentes com o tema da pesquisa, em livros, artigos de periódicos, bases de dados, entre outros, bem como a seleção das informações, documentos e dados relativos ao tema, no intuito de se evitar a alta de retorno ocorrida durante as buscas, o que poderia afastar o foco do trabalho e ainda torná-lo mais dispendioso. O estágio realizado nesta instituição tem como objetivo conhecer a dinâmica de trabalho realizada com a família do doente, tendo em vista sua estrutura organizacional, as demandas provenientes, a caracterização dos usuários do serviço, a atuação profissional do serviço social na instituição, bem como compreender a evolução da história da saúde mental e a atuação da mesma desde o âmbito federal até o que tange especificamente o município de Paranaguá-PR.

O trabalho demonstrou o reconhecimento institucional do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) Solar dos Girassóis, instituição esta, presente na cidade de Paranaguá-PR, onde desempenhei meu estágio supervisionado do curso de Serviço Social desde o mês de agosto do corrente ano de 2012.

Para que o trabalho fosse elaborado, foi realizada pesquisa bibliográfica, consulta á documentos internos da instituição, bem como várias conversas com os membros da equipe de trabalho e com os usuários através de um questionário semi-estruturado.

A temática ligada a Saúde Mental e dependência química traz consigo uma série de tabus que insistem em ficar submersos pela falta de comodidade em falar a respeito, grande parte do objetivo deste trabalho é iniciar um processo de desvelo relacionados a isso, proporcionando uma possibilidade quanto a uma nova visão cada mais livre de preconceitos e estigmas diretamente ligados a este grande eixo.

A pesquisa apresenta resultados de um questionário aplicado com quatro pessoas sendo duas familiares de pessoas dependentes de álcool, uma irmã e outra ex esposa e dois dependentes de álcool.

O questionário aplicado está em apêndice (D e E) na pesquisa como forma de relatar exatamente as respostas dos entrevistados enaltecendo assim a realidade do caso de alcoolismo na família. O nome dos entrevistados será preservado.

Assim, de posse das informações que podiam auxiliar no desenvolvimento do projeto, foi possível a realização de análise crítica das mesmas, permitindo que, em seguida, essas informações pudessem ser apresentadas em forma de pesquisa de abordagem qualitativa, com relação ao problema proposto, o qual motivou o planejamento e desenvolvimento do trabalho.

Estudar o fenômeno da dependência do álcool é extremamente relevante, uma vez que, tal dependência ocasiona transformações nas relações sociais, sejam nas relações estabelecidas no trabalho, na família, com os amigos, vizinhos e outras. Essas transformações provocadas pela doença resultam em problemas no trabalho, brigas familiares e perda de amigos. Além disso, a situação de ser dependente do álcool gera discriminação, devido ao não entendimento por parte das pessoas dos fatores que levam à dependência do álcool e ao fato do alcoolismo não ser considerada uma doença.

6 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E TRAJETÓRIA

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são legitimados com a Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 como uma ação estratégica pautada na reforma psiquiátrica Lei Federal 10.216/2001 estabelecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), política nacional de atendimento à saúde instituída pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990 que reafirmam a saúde como direito de todos a partir da Constituição Federal de 1988.

Os CAPS nascem seguindo uma perspectiva de cuidado alicerçado na proposta da reforma psiquiátrica que passou a ganhar força a partir do fim dos anos 70 e vem conquistando espaço e traçando uma nova história no que diz respeito aos direitos dos portadores de transtornos mentais.

O ano de 1978 ficou marcado como o ano em que os primeiros passos rumo a reforma psiquiátrica brasileira foram dados.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), foi um movimento liderado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas acometidas de transtornos mentais que possuíam um longo histórico de internações psiquiátricas.

Este movimento a partir de sua organização passou a denunciar o que desde sempre ficara encoberto, a violência nos manicômios, a falta de cuidado quando a melhoria do paciente, a hegemonia de uma rede privada de assistência, além da construção coletiva à crítica ao modelo hospitalocêntrico.

As possibilidades passam a ser as primeiras propostas e ações e o ano de 1987 fica marcado pelo II Congresso Nacional do MTSM em Bauru-SP que teve como lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”, neste mesmo ano foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental na cidade do Rio de Janeiro.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil foi inaugurado em março de 1986 na cidade de São Paulo, o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva e em um contexto de mudança iniciou a propagação dessa nova rede de saúde mental que se consolidava como dispositivo eficaz com relação à diminuição das internações em hospitais psiquiátricos e do antigo modelo assistencial.

No ano de 1989, o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG) dá entrada no Congresso Nacional propondo a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

A partir da inspiração dada pelo Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, foi levantado ainda mais a discussão acerca da discussão e construção de uma rede integrada de saúde mental no país.

Em 1989, foi implantada a rede de serviços substitutiva aos manicômios, que incluía os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), cooperativas de trabalho e projetos culturais. No município de Santos/ SP. O NAPS tinha uma estrutura de maior complexidade, possuía leitos de apoio para situações graves e funcionavam 365 dias do ano. Mesmo sendo significativas, essas mudanças nos Núcleos ainda reproduziam algumas ações do modelo manicomial. O NAPS foi renomeado e corresponde hoje ao CAPS nível III, conforme Portaria 336/2002.

No final de 1992 acontece a II Conferência Nacional de Saúde Mental em Brasília/DF. O relatório final da Conferência afirmou que o processo de saúde/doença mental deve ser entendido levando-se em conta o modo de vida, a origem e as referências das pessoas, respeitadas as diferenças individuais.

Em 2001 enfim, um substitutivo da Lei original de Paulo Delgado foi sancionado pelo presidente da república e após tantos anos a Lei 10216/01 entrou em vigor com algumas modificações com relação á sua proposta inicial, propondo um novo ritmo no que tange essa discussão.

No final de 2001, a III Conferência Nacional de Saúde Mental veio e consolidou a Política da reforma e deu ainda mais força ao que já vinha sendo discutido á respeito.

A III Conferência comemorou a Lei 10216/01 e apontou a necessidade de aprofundamento quanto a reorientação do modelo assistencial em saúde mental, com a reestruturação da atenção psiquiátrica hospitalar, além da expansão da rede de atenção comunitária, com a participação efetiva de usuários e familiares.

Em 2010, os debates da IV Conferência Nacional de saúde Mental reconheceram os avanços concretos propostos pela III Conferência, porém ressaltou as lacunas e os desafios ainda muito significativos no que diz respeito á complexidade no que diz respeito ao caráter multidimensional, interprofissional e intersetorial dos temas e problemas do campo, apontando a direção para consolidar avanços e enfrentar novos desafios trazidos pela mudança constante de cenário.

As Conferências de Saúde Mental reafirmaram-se como dispositivos imprescindíveis na construção do debate crítico e na formulação, enriquecimento e consolidação do SUS e ao mesmo tempo da transversalidade e a articulação com as demais políticas públicas.

É a partir dessa perspectiva de luta e avanços alcançados que o presente trabalho irá analisar o espaço sócio-ocupacional CAPS I Solar dos Girassóis.

O trabalho de organizar o serviço de atendimento do CAPS I do município de Paranaguá vem ao encontro com as diretrizes de saúde mental que norteiam o trabalho no Estado do Paraná, resgatando ao portador de distúrbios psiquiátricos sua identidade, dignidade e cidadania, além de responder á grande procura da população por um atendimento especializado.

O CAPS I solar dos Girassóis, fica localizado na cidade litorânea de Paranaguá, Rua Renato Leone, s/nº anexo ao Centro Municipal de Diagnóstico (CMD) Hospital João Paulo II e foi criado dia 01 de agosto de 2007, tendo atualmente 7 anos de existência.

Com aproximadamente 141.000 habitantes, número este capaz atender a modalidade CAPSII e CAPS ad Paranaguá ainda não conta com este serviço. A implantação destas modalidades de CAPS foi previsto no projeto técnico-terapêutico do CAPS I de Paranaguá para sua implantação no decorrer de 6 meses depois de sua instalação, porém até agora, não corresponde a isso.

O CAPS de Paranaguá se enquadra na categoria I, porém, segundo a Portaria 336 os Centros de Atenção Psicossociais se subdividem da seguinte maneira:

CAPS I: Destinado ao atendimento em municípios com população entre 20 e 70 mil habitantes. Funciona das 8 às 18 horas, em dois turnos, nos cinco dias úteis da semana; sua equipe técnica mínima, para atender a 20 usuários por turno, é composta por um médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível superior – entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico – e quatro profissionais de nível médio – técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

CAPS II: Para atendimento em municípios com população entre 70 e 200 mil habitantes, além dos dois turnos, podem comportar um terceiro, até as 21 horas. Sua equipe técnica, para atender a 30 clientes por turno, já exige um médico

psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior e seis profissionais de nível médio.

CAPS III: Previsto para atendimento com população acima de 200 mil habitantes. Constitui-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24h diariamente, incluindo feriados e fins de semana. A equipe técnica para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 pacientes por turno, é composta por dois médicos psiquiatras, um enfermeiro com formação em saúde mental, cinco profissionais de nível superior e oito de nível médio.

CAPS I (infanto-juvenil): Para atendimento a crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente, em uma população de cerca de 200 mil habitantes, a equipe técnica é a mesma do CAPS II, porém somada pelo médico Pediatra.

CAPS ad (álcool e drogas): Previsto para atendimento a usuários com transtornos decorrentes de uso a dependência de substâncias psicoativas, em municípios com população superior a 70 mil habitantes. Esse tipo de CAPS deve dispor de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso. Funciona das 8 às 18 horas, em dois turnos, podendo comportar um terceiro turno até as 21 horas de segunda à sexta-feira. A equipe para atendimento a 25 usuários por turno será composta por um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; um médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; quatro profissionais de nível superior e seis de nível médio.

Considerando as modalidades de CAPS, o nível de complexidade com relação ao atendimento varia, porém os objetivos primordiais seguem pelo mesmo caminho e visam reduzir o número de internações psiquiátricas; integrar o portador de transtorno mental à comunidade visando sua reabilitação social, familiar e laboral; trabalhar as potencialidades dos usuários através de um plano terapêutico individualizado; promover junto ao ESF (Estratégia Saúde na Família) a conscientização de familiares e sociedade sobre a patologia e as possibilidades de tratamento extra-hospitalares.

As atribuições do CAPS I de Paranaguá são as seguintes:

Trabalhar de forma integral com outros serviços, de gerência de saúde do município ou não, nas perspectivas de rede de atendimento;

- Responsabilizar-se pela demanda em Saúde Mental, e da rede de cuidados;
- Capacitar as equipes de ESF e atenção básica;

- Assegurar referência e contra-referência para os encaminhamentos da atenção básica para o CAPS I;

- Trabalhar em conjunto com a equipe de PSF, segundo a lógica de territorialidade.

O CAPS I funciona com uma equipe mínima para atendimento de até 25 pacientes (cuidados intensivos), 50 pacientes (cuidados semi-intensivos), e 90 pacientes (cuidados não-intensivos) de acordo com a Portaria Ministerial 336/02.

A Portaria nº 336, de 2002, do Ministério da Saúde define que os CAPS em todas as modalidades, devem estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não intensiva, dentro dos limites quantitativos. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado, devido ao seu quadro clínico, aos pacientes que necessitam de acompanhamento diário. O atendimento semi-intensivo é destinado aos pacientes que necessitam de atendimento frequente, mas não precisam estar diariamente no CAPS; e o não intensivo que pode ter uma frequência menor e talvez apenas para consulta (geralmente atendimento quinzenal).

Trabalhar de forma integral com outros serviços, de gerência de saúde do município ou não, nas perspectivas de rede de atendimento;

- Responsabilizar-se pela demanda em Saúde Mental, e da rede de cuidados;
- Capacitar as equipes de PSF e atenção básica;
- Assegurar referência e contra-referência para os encaminhamentos da atenção básica para o CAPS I;

- Trabalhar em conjunto com a equipe de PSF, segundo a lógica de territorialidade.

O CAPS de Paranaguá oferece vários serviços como: acolhimento aos usuários e à família, atendimento psiquiátrico, atendimento a família, psicoterapia individual e em grupo, atividades terapêuticas (oficinas de lazer, cultura, e laboral).

Entre as atividades de lazer e cultura estão, visitas a museus e exposições culturais, passeios, cinema, atividades em áreas externas com jogos e atividades físicas, comemorações e reflexões em datas especiais também fazem parte do dia-a-dia, fazendo a integração entre o usuário e seus familiares.

Entre as atividades terapêuticas estão, as oficinas de artesanato, dança, a cozinha terapêutica (pão, biscoitos, tortas, etc.), e a horta, construída e cultivada pelos próprios usuários.

Nos 3 meses os quais estive na instituição, presenciei a organização de 3 grandes mobilizações que caracterizam fortemente essa nova perspectiva de cuidado e integração social presente nos CAPS: a comemoração do dia da Saúde Mental em outubro, a mobilização e construção de poesias para o II Sarau de Poesias dos pacientes do CAPS e atualmente os ensaios e preparação para a Cantata de Natal que acontecerá no próximo mês de dezembro.

Atualmente o CAPS está com 190 pacientes, sendo que 18% dependentes químicos e 82% acometido de Transtorno Mental.

Na Estatística do Transtorno Mental, 39% são mulheres e 61% são homens. Com relação a dependência química esse número é de 4% para mulheres e 96% para homens.

O organograma abaixo demonstra a composição e estrutura física do CAPS de Paranaguá:



Podemos notar no organograma como se dá a estrutura da saúde no Brasil, mais especificadamente em Paranaguá, pois há diferenças nessa estrutura de acordo com a gestão do município. No caso de Paranaguá, o CAPS está ligado ao CMD – Centro Municipal de Diagnóstico, subordinado este à Secretaria Municipal de

Saúde. O CAPS é um dos dispositivos da rede de atenção em conjunto ao CMD, as unidades básicas de saúde, etc.

A coordenação do CAPS tem autonomia para administrar a utilização dos recursos financeiros. Atualmente, o único recurso destinado ao CAPS vem através do faturamento da APAC – Autorização de Procedimentos de Auto-Custo. É um subsistema, integrante do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), de caráter relevante na operacionalização dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo. A cobrança de vários procedimentos como por exemplo, acompanhamento de pós-transplante, distrofia muscular, deficiência auditiva, etc. se utilizam da CAPS. Os procedimentos específicos de um CAPS são os atendimentos intensivos, semi-intensivos e não-intensivos, os quais são registrados e cobrados através das APACs. O financiamento das APACs origina-se de fonte específica, diretamente do Ministério da Saúde, através do FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação).

Este subsistema é composto por dois instrumentos: APAC - I / Formulário e APAC II / Meio Magnético. Estes instrumentos registram todas as informações relativas ao usuário e às terapias instituídas e propiciam os meios necessários para a criação de um importante banco de dados que permite a identificação do paciente, a cobrança dos procedimentos realizados e a geração de relatórios que auxiliam os gestores no desenvolvimento de suas atividades de controle e avaliação.

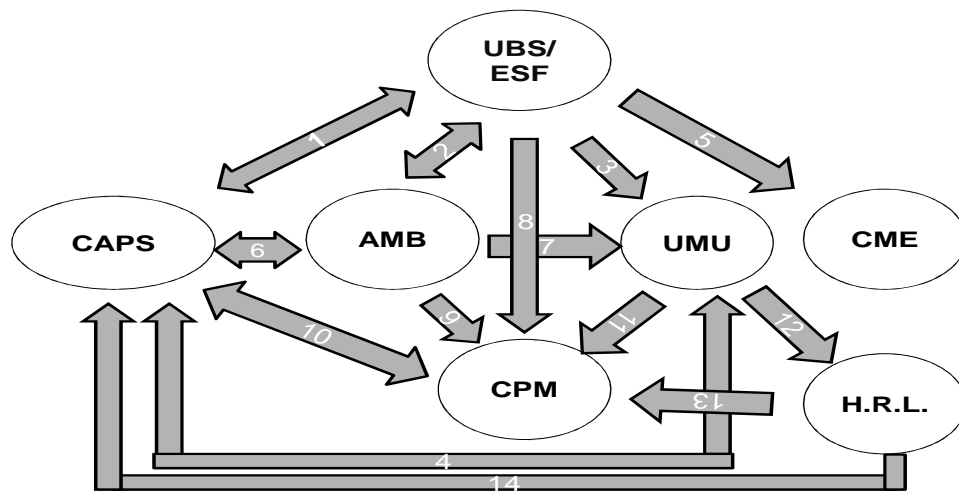
A estrutura do CAPS I no município de Paranaguá é composta por 7 salas, sendo assim distribuídos: 1 sala para enfermagem, 1 sala para psiquiatria, 1 sala para assistência social, 1 sala de multiuso para os trabalhos em grupo, 1 sala para terapia ocupacional, 1 refeitório e 1 sala com 2 leitos de curta-permanência. A área total do CAPS é de 388,85 m².

6.1 FLUXOGRAMA

Em substituição ao modelo hospitalocêntrico, a partir da reforma psiquiátrica é formado a rede de atenção à saúde mental, composta por Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de convivência,

ambulatórios de saúde mental, unidades básicas de saúde, Programa da Saúde da Família e leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

Segue abaixo a rede de atenção à saúde mental de Paranaguá:



As Unidades Básicas de Saúde (UBS), a Estratégia da Saúde da Família (ESF), o ambulatório de Saúde Mental (AMB), o Centro Municipal de Especialidades (CME), o CMD (Centro Municipal de Diagnóstico), o Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM) em Curitiba, a Unidade Municipal de Urgência (UMU) e o Hospital Regional do Litoral (H.R.L.) caracterizam a rede de atenção da saúde mental atual em Paranaguá. Atualmente, em uma parceria entre o Hospital Regional do Litoral e o CAPS I, ficou disponibilizado um total de 12 leitos a fim de atender a demanda de saúde mental do município.

Os encaminhamentos e a entrada no serviço de saúde mental ocorrem e deverão ocorrer da seguinte maneira conforme fluxograma:

1. Usuário em surto sem agitação psicomotora e/ou heteroagressividade atendendo critérios diagnósticos para CAPS / Após alta terapêutica do CAPS o usuário é reencaminhado a UBS ou ESF de sua região, contra-referenciado para o devido acompanhamento.

2. Usuário que não atende aos critérios diagnósticos para CAPS, porém portador de transtorno mental moderado atendendo aos critérios diagnósticos para

ambulatório / Após alta terapêutica do ambulatório o usuário é reencaminhado a UBS ou ESF de sua região, contra-referenciado para o devido acompanhamento.

3. Usuário em surto com agitação psicomotora e/ou auto ou heteroagressividade para avaliação e sedação.

4. Usuário estabilizado que atenda aos critérios diagnósticos para CAPS / Usuario do CAPS em surto com agitação psicomotora e/ou auto ou heteroagressividade.

5. Usuário portador de transtorno mental leve, que não necessita de intervenção medicamentosa, e sim psicoterapia e/ou terapêutico ocupacional.

6. Usuário que necessita de tratamento psiquiátrico continuado.

7. Usuário em surto com agitação psicomotora e/ou auto ou heteroagressividade quando por motivos diversos não há possibilidade de encaminhamento para a CPM.

8. Usuário em surto com agitação psicomotora e/ou auto ou heteroagressividade.

9. Usuário em surto com agitação psicomotora e/ou auto ou heteroagressividade.

10. Usuário em surto com agitação psicomotora e/ou auto ou heteroagressividade/ Após internamento o usuário é reencaminhado para reabilitação psicossocial no CAPS.

11. Usuário em surto com agitação psicomotora e/ou auto ou heteroagressividade.

12. Usuário em surto com agitação psicomotora e/ou auto ou heteroagressividade com necessidade de internamento mínimo de 48 horas.

13. Quando o quadro agudo não for revertido em até 72 horas, necessitando de atendimento especializado.

14. Depois de estabilizado o paciente é encaminhado para tratamento no CAPS.

Todo o paciente que realiza seu tratamento no CAPS é devidamente encaminhado e é realizada uma triagem no qual se respeita a sua situação clínica. Lembram-se as pessoas que utilizam esse serviço devem ser maiores de 18 anos e obrigatoriamente munícipes de Paranaguá, pois a política dos CAPS se destina a atender somente as pessoas que residem nas cidades os quais se encontram.

6.2 O SERVIÇO SOCIAL NO CAPS

São atribuições do Serviço Social no CAPS: acolhimento aos pacientes; orientação dos usuários, familiares, comunidade do serviço realizado no CAPS; encaminhamento para isenção tarifária dos usuários para o tratamento (no caso de Paranaguá a Viação Rocio); encaminhamento ao CRAS para o BPC e outros serviços desta mesma instituição; encaminhamentos de auxílio doença ao INSS (laudo da equipe interdisciplinar); registro dos atendimentos semanais aos usuários e/ou familiares (evolução) e atendimento através dos grupos dos usuários e famílias;

O Serviço Social também realiza a busca ativa dos pacientes via telefone; faz o contato para acompanhamento dos usuários do ESF, realiza reuniões de equipe para estudo de caso, realiza visitas domiciliares (quando há disponibilidade do veículo de outro setor) e faz a articulação da rede de atenção e rede de apoio, ou seja, as parcerias: Fórum, Conselho Tutelar, CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), Sindicato dos Arrumadores, Fumcul (Fundação Municipal de Cultura), Alcoólicos Anônimos, Viação Rocio, Alcoólicos Anônimos, Secretarias Municipais de Agricultura, Pesca e Abastecimento e Meio Ambiente, Escola Ambiental Parque Awaji, Associação Médica, PROVOPAR (Programa do Voluntariado Paranaense) e voluntários do SS.

Este estudo faz de maneira breve uma trajetória conceitual e histórica do que é o alcoolismo e o alcoolista, e aborda o consumo do álcool ao longo da história da humanidade.

O trabalho analisa a vulnerabilidade da família, cujo o membro alcoolista. Assim busca problematizar as relações familiares deste dependente, trazendo para debate o papel do assistente social neste contexto, que deve buscar o fortalecimento da família e o apoio aos indivíduos que se encontram em vulnerabilidade. Porém, verifica-se que há muitos desafios a serem vencido, um deles está na própria sociedade que valoriza o consumo de bebidas alcoólicas, elevando este a um conceito de “status”.

7 CONCLUSÃO

Conclui-se com esta pesquisa, na coleta de dados por meio dos entrevistados envolvidos na pesquisa de campo que o alcoolismo é uma doença crônica e muitas vezes progressiva, que é fundamental a compreensão da doença para se pensar na questão do tratamento e do cuidado.

O uso de álcool e outras drogas ultrapassam os limites do campo da saúde, sendo necessária a intersetorialidade com outras áreas, como: educação, saúde assistência, justiça e de desenvolvimento, a fim de que seja executada uma política de atenção integral aos usuários de substâncias psicoativas. A implantação dos CAPS regionais vêm de encontro à essa demanda, sendo um fenômeno que é social e ao mesmo tempo individual que inclui problemas para controlar o vício, mesmo quando ele causa problemas, dependência física, ou tiver sintomas de abstinência quando diminui rapidamente.

Percebe-se que o alcoolismo é uma doença que atinge toda a família, destruindo os sonhos e projetos tanto do alcoolista quanto de todos os que convivem com ele. É necessário construir novos caminhos na busca de uma melhor qualidade de vida, despir-se do preconceito de que alcoolismo é falta de caráter e oferecer alternativas de inclusão da família nos programas de tratamento e recuperação através do atendimento continua e permanente.

Pessoas com problema de alcoolismo, não podem prever o quanto vai beber e por quanto tempo, ou o que irá ocorrer como consequências de seu consumo.

Os profissionais envolvidos no processo de tratamento devem preparar o indivíduo para lidar com o seu cotidiano, mostrando-lhe as inúmeras possibilidades de se ter uma vida mais saudável, mesmo diante de problemas complexos e de situações estressantes, como as vivenciadas em mundo globalizado e cada vez mais competitivo, como a importante participação do CAPS na recuperação da pessoa dependente de álcool.

É possível ter um problema com o álcool, até mesmo quando não progrediu ao ponto de o alcoolismo. Problema com a bebida significa que a pessoa bebe demais, às vezes, causa problemas na vida, embora não esteja completamente dependente de álcool.

O alcoolismo é um termo amplo para problemas com álcool, e é geralmente usado para significar compulsão e consumo descontrolado de bebidas alcoólicas, geralmente em detrimento da saúde do bebedor, as relações pessoais e posição social.

O que se deve ter em mente, é que o assunto não pode ser tratado de forma superficial, visto que envolve uma série de fatores que interligam várias personagens da vida do envolvido, bem como situações que interferem diretamente na vida destas pessoas.

A visão promovida pelo senso comum estimula a banalização do assunto, porém compreender as faces do alcoolismo em suas particularidades pode ser uma alternativa quanto ao início de uma compreensão crítica e construtiva.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucura, cultura e subjetividade:** conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). Saúde e Democracia: a luta do CEBES São Paulo: Lemos Editora, 1997.

BERGER, G. **Do alcoolismo e da família.** New York: Franklin Watts.1993.

ARAUJO, S. I. **Alcoolismo como processo: da identidade construída à (des) construção da pessoa.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós graduação em Sociologia, do Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, para a obtenção do Título de Mestre em Sociologia. São Paulo, 2007.

BRASIL, **Ministério da Saúde.** (Portaria/GM nº336-De 19 de fevereiro de 2002, Norma Operacional de Assistência à Saúde- NOAS- SUS 01/20001).

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, Senado, 1998.

ELLINI, M. I. B. **Arqueologia da Violência Familiar.** Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2002.

LIMA, Mauro Braz de – Alcoologia - **O Alcoolismo na Perspectiva da saúde Pública.** Medbook, Editora científica LTDA Rio de Janeiro-2008.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Renovação e conservadorismo no serviço social:** ensaios críticos. 3. ed. São Paulo, Cortez, 1995.

M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. São Paulo, Cortez, 2007.

M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 17ª Ed. – São Paulo, Cortez, 2009.

MANSUR, J. **A questão do alcoolismo**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**/Ministério da Saúde. 2. Ed. rev. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**/ cartilha 2009.

MANSUR, J. **O que é alcoolismo**. Livro coleção primeiros passos, 2004.

MINAYO, Maria C.S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25 ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

PENÃ-ALFARO, Alex Antônio. **Alcoolismo: os seguidores de Baco**. São Paulo: Mercuryo, 1993.

PINSKI, I. BESSA. M. A. **Adolescência e drogas**. São Paulo. Contexto, 2004.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E PREVENÇÃO. **Projeto Técnico Terapêutico CAPS I**. Projeto de abertura do CAPS I. Paranaguá, 2007.

APENDICE A

Termo de consentimento livre e esclarecido

CÂMARA DE GRADUAÇÃO DO CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa. No caso de aceitar fazer parte desse estudo, assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma dela é sua e outra é do (a) pesquisador (a).

Título do projeto: **ALCOOLISMO NA FAMÍLIA: ANÁLISE DO IMPACTO SOCIAL, NAS FAMÍLIAS ATENDIDAS PELO CAPS NO MUNICÍPIO DE PARANAGUÁ.**

Acadêmica responsável: Melissa de Campos Bottan Telefone: (41) 9781-9710

Orientador: Neilor Vanderlei Kleinubing - UFPR – Setor Litoral

O Objetivo desta pesquisa é “Compreender a doença do alcoolismo no cotidiano e modos de convívio familiar”.

A sua participação na pesquisa consiste em participar de uma entrevista (gravado ou escrita) que será realizado pela acadêmica. Os procedimentos aplicados nesta pesquisa não oferecem risco a sua integridade moral, física, mental. Você poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, apenas ligando para a acadêmica. Você poderá escolher um pseudônimo. As pesquisadoras se comprometem a manter sua identidade em sigilo. As informações obtidas através da coleta de dados serão utilizadas para alcançar o objetivo acima proposto, e para fins exclusivamente acadêmicos (artigos para publicação em revistas científicas, aulas e participação em congressos) a composição do relatório de pesquisa. Caso não queira mais fazer parte da pesquisa, favor entrar em contato pelos telefones acima citados.

Permito que a acadêmica relacionada acima obtenha gravação de minha pessoa para fins de pesquisa científica/educacional. Concordo que o material e as informações obtidas possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG _____ abaixo assinado, concordo em participar desse estudo. Fui devidamente informado e esclarecido pela acadêmica-pesquisadora sobre a pesquisa e, os procedimentos nela envolvidos. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento e dados sobre a minha identidade será mantido em sigilo.

Local: _____ Data
_____/_____/_____.

Nome _____ e _____ assinatura _____ do _____ sujeito:

APENDICE B

Questionário para entrevista semi estruturado (Família)

1. O que significa o alcoolismo para você?
2. Qual sua relação com o alcoolista?
3. Como você enquanto integrante da família, lida com a situação do alcoolismo?
4. Já sofreu algum tipo de violência física ou psicológica do alcoolista? Pode citar qual?
5. Ter um alcoolista na família interfere de alguma forma em sua vida social?
6. Quais os problemas mais frequentes na família causada em circunstância do álcool?
7. Já sofreu algum preconceito ou constrangimento por ter um alcoolista na família? Quais?
8. O que fez com que você fizesse parte do tratamento?
9. Você acha que também precisa de tratamento?
10. Como o alcoolista reage ao tratamento?
11. Você percebe melhora com o tratamento, alcoolista e família?

ANEXO A

Questionário para entrevista semi estruturado (Usuário)

1. O que significa o alcoolismo para você?
2. O que te fez fazer uso da bebida alcoólica?
3. Para você, como foi se reconhecer como alcoolista, caso se reconheça?
4. Hoje qual é a tua relação com a bebida alcoólica?
5. Como você acha que as pessoas te enxergam?
6. Em que momento foi necessário buscar tratamento?
7. Você tem idéia de como foi esse processo de beber “socialmente” para bebê-lo em abusivamente?
8. Já sofreu algum preconceito por ter sido alcoolista?
9. O que te fez achar que você precisa de tratamento?
10. Qual a tua relação com sua família?
11. Que importância você atribuí a sua família em seu tratamento?
12. Você acha que sua família precisa de tratamento? De que forma?
13. De que forma a bebida interfere ou interferiu na sua vida social?
14. Você teve melhora com o tratamento?

1º Familiar entrevistado irmã do doente, será identificado como (E-01).

2º Familiar entrevistado ex esposa, será identificado como (E-02).

APÊNDICE B

Questionário para entrevista semi estruturado (Família)

1. O que significa o alcoolismo para você?

(E-01)Destruição total da pessoa, e o fundo do poço é a perda de tudo.

(E-02)Dependência forte, muito difícil de lidar com a situação.

2. Você tem alguma relação com o alcoolismo? Que relação é essa? Qual sua relação com o alcoolista?

(E-01) Eu não, não tenho relação sou traumatizada, sou irmã dele.

(E-02) Não odeio o álcool, sou ex esposa mãe dos filhos dele.

3. Como você enquanto integrante da família, lida com a situação do alcoolismo?

(E-01) Ainda estou aprendendo conviver, já é a 4º internação dele é muito difícil vivemos brigando.

(E-02) Hoje não tenho mais vergonha, mais não acredito mais nele.

4. Ter um alcoolista na família interfere de algum modo em sua vida social?

(E-01) Com certeza, da vergonha, vivo me preocupando com ele, ele é muito manipulador e mentiroso não confio nele.

(E-02) Sim, me separei dele devido ao álcool, meus filhos tem muita vergonha, eu já perdi emprego por causa dele tinha medo de deixar ele sozinho com as crianças.

5. Já sofreu algum tipo de situação em que tenha se percebido prejudicada? Como se deu essa situação?

(E-01) Varia ele é mentiroso não dá para deixar dinheiro com ele.

(E-02) A perda de meu emprego, a separação entre outras coisas.

6. Em quais situações você percebe que o uso do álcool causa problemas? Quais as situações mais frequentes, causadas em circunstância da dependência?

(E-01) Quando ele tem recaído ele sai e não volta para casa, não sei onde ele está o que aconteceu, se está vivo ou morto, aí eu me desequilibro não consigo fazer nada nesse dias.

(E-02) Tudo causa problemas, ele já até traficou sendo policial imagina para arrumar dinheiro para beber.

7. Já sofreu algum preconceito ou constrangimento por ter um alcoolista na família? Qual situação vivenciou?

(E-01) Já, foi quando ficou bêbado dentro de casa e quis fazer bagunça.

(E-02) Todo que você imagina, mais tem um que foi quando trouxe um amigo para beber em casa e depois deles bêbados o amigo me tentou estuprar.

8. E em relação à violência, já sofreu situações onde foi agredida (o) de modo físico e/ou psicológico por parte do alcoolista? Pode comentar sobre?

(E-01) A sim varias vezes, mas só verbalmente, não permito que ele me bata.

(E-02) Só com palavras.

9. E você alguma vez se observou cometendo algum ato de violência contra o alcoolista?

(E-01) Contra ele não, mais acabo descontando em mim, eu me bati.

(E-02) Também só com palavras

10. O que fez com que você acompanhasse o tratamento?

(E-01) Como já é o 4º internamento ninguém mais acredita eu ainda sim e também preciso de tratamento, para ter mais paciência com ele.

(E-02) Meus filhos, mesmo sendo ex esposa amo meus filhos e acho que eles merecem.

11. Qual a sua opinião sobre o tratamento que o alcoolista recebe? Realmente traz benefícios?

(E-01) Traz com certeza, já esta começando a dar resultado ele já não está tão ansioso.

(E-02) Está respondendo bem ao tratamento, não está mais bebendo.

12. O que você acha que poderia ser mudado?

(E-01) Sei que o tratamento é lento e tenho que ter paciência

(E-02) O pensamento dele, ele acha que eu vou voltar a ser mulher dele, não dá mais, sofri muito.

13. Você acha que os integrantes da família também precisam de algum tipo de acompanhamento, assistência, tratamento? Por exemplo?

(E-01) Sim a família adoece junto com ele fica destruída.

(E-02) Acho sim meu filho caçula é traumatizado.

14. Ah quanto tempo o alcoolista faz uso do álcool?

(E-01) Já faz uns quinze anos, nesse tempo só agora procurou tratamento.

(E-02) 30 anos

15. Ah quanto tempo esta em tratamento? Como o alcoolista reage ao tratamento?

(E-01) Há seis meses, está gostando de estar aqui no CAPS.

(E-02) Quatro anos, gosta de estar aqui tem amigos aqui e aqui viu a possibilidade de mudança.

ANEXO C

1º Usuário entrevistado, será identificado como (U-01).

2º Usuário entrevistado, será identificado como (U-02).

Questionário para entrevista semi estruturado (Usuário)

1. O que significa o alcoolismo para você?

(U-01) Vício hoje percebo que eu era doente.

(U-02) No começo era uma simples brincadeira de adolescente, depois fugiu do controle.

2. De que forma a bebida interfere ou interferiu na sua vida social?

(U-01) Interfere muito deixei de trabalhar, perdi minha família por um tempo e não conseguia conviver mais com as pessoas.

(U-02) Todos perderam a confiança em mim , até chegar ao fundo do poço , cheguei ao ponto de catar ferro para beber.

3. Como se deu sua história em relação ao uso da bebida alcoólica?

(U-01) Muitos anos há mais de trinta anos odeiam ter vivido isso se eu pudesse apagaria tudo que fiz muitas coisas erradas.

(U-02) Há 40 anos, foi uma relação bem conturbada.

4. E Hoje qual é a tua relação com a bebida alcoólica?

(U-01) Não bebo mais, estou limpo deixei de usar há mais de cinco anos.

(U-02) Só de lembranças ruins, ainda tenho muito medo de uma recaída.

5. Você se reconhece como, em relação ao uso do álcool? Dependente? () Em uma fase? () Doente? ()

(U-01) Não imagina até eu me reconhecer como doente, só quando eu vim para o tratamento eu achava que a qualquer momento eu poderia para eu era um impotente

(U-02) Não me reconhecia, achava que poderia para a qualquer momento

6. Como as pessoas ao seu redor te veem?

(U-01) Hoje normal, mais quando eu bebia era só chamado de cachaceiro pela família e amigos

(U-02) Como um sem vergonha, vagabundo mesmo.

7. Como e por que procurou tratamento?

(U-01) Por que era importante vi que sozinho não conseguiria

(U-02) Por vontade própria ninguém mais acreditava em mim, tinha perdido tudo vergonha caráter confiança de todos, não tinha mais responsabilidade.

8. Já sofreu algum preconceito por ser ou ter sido alcoolista?

(U-01) Sim a sociedade tem preconceito, todos no geral têm preconceito

(U-02) Sim bastante verbalmente da família e amigos

9. E como se dá a relação com a família?

(U-01) Hoje tenho uma relação boa, antigamente era bem tumultuada

(U-02) Hoje ta muito boa, antes só brigas e desconfiança

10. Que importância você atribuí a sua família em seu tratamento?

(U-01) Primordial para a recuperação

(U-02) Sim eles também precisam de informação para saber como tratar um dependente se não fica fácil uma recaída

11. Você acha que sua família também precisa de tratamento, ou não? Por quê?

(U-01) A família tem que participar por que a família fica despedaçada com o álcool também

(U-02) Sim, fica prejudicada, precisa de apoio também.

12. Você teve melhora com o tratamento?

(U-01) Praticamente curado, mas não existe cura, mas estou bem recuperado

(U-02) Com certeza prepara para o retorno a sociedade, eu recuperei minha família através do tratamento

13. Como funciona o tratamento?

(U-01) Funciona como a minha recuperação mas sempre tem que manter o tratamento

(U-02) Uma injeção de animo, uma vontade enorme de viver a vida recuperar o tempo perdido

14. O que mudaria em relação ao tratamento?

(U-01) Não pode desistir, tem que ter perseverança

(U-02) Deveria ser contínuo aqui , mais não é o objetivo do tratamento tenho que seguir minha vida em frente.

